Si le résidu, ainsi évaporé à siccité ou calciné, et repris, conservait encore une couleur foncée capable de masquer les effets des réactifs, il faudrait d'abord décolorer par un courant de chlore gazeux.

Les matières des vomissements peuvent renfermer naturellement des sels à base de potasse qui sont neutres, ou de la soude qui les rend alcalines et ne précipite pas par l'hydrochlorate de platine, à moins qu'il n'y ait aussi du sulfate de potasse qui donnerait un précipité très-faible.

D'autres fois, le carbonate de potasse que l'on trouve peut provenir de la potasse libre qui sera passée à l'état de carbonate : l'analyse ne peut pas résoudre cette question.

FIN.

N° 142.

14.

ESSAI

SUR

LA SÉMÉÏOTIQUE

DE LA

PÉRICARDITE AIGUË ;

ET QUATRE QUESTIONS TIRÉES AU SORT EN PROPOSITIONS.

1° *Caractères des malvacées; indiquer les principales espèces employées en médecine et leurs propriétés.*

2° *Des changements qui ont lieu dans les os maxillaires pendant la première et la deuxième dentition.*

3° *Des diverses méthodes d'exploration à l'aide desquelles on peut acquérir des notions sur la présence des calculs dans les voies urinaires, sur leur volume, leur forme et leur nombre.*

4° *De la nature de la suette.*

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 14 DÉCEMBRE 1838,

PAR

Kamienski (Joseph), fils de Louis,

Né à Rahozin, arroudissement de Wileyka, gouvernement de Miusk, en Lithuanie ;

Ancien élève de Wilna, candidat en physique, ancien Chirurgien externe par concours à l'Hôtel-Dieu de Caen (Calvados), *membre de la Société des hommes choisis du monde civilisé, branche de Paris, etc. ;*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

O quantum difficile est cognoscere morbos pulmonum. (BAGLIVI.)

MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, 3.

1838.

A MONSIEUR

ALBERT MATTI,

Ministre protestant à Porrentruy (*Suisse , canton de Berne*).

Vous qui m'avez témoigné une véritable amitié, qui me recueillîtes malade, et qui, au détriment de votre santé, me prodiguâtes les soins les plus nécessaires et les conseils qui répondent si bien au ministère qui vous honore, et dont vous êtes le véritable modèle, soyez sûr qu'il en reste dans mon cœur une sincère reconnaissance. Recevez comme un tribut d'estime ce léger ouvrage que vous dédie celui que vous honorâtes du titre de frère, et dont il sera glorieux pour jamais.

A MONSIEUR **H. KUHNHOLTZ,**

Docteur en Médecine, Agrégé, Professeur de l'Histoire de la Médecine, Bibliothécaire de la docte Faculté, etc.;

MON MAITRE.

Je suis heureux de pouvoir vous dédier cette thèse comme un souvenir de la profonde estime et du véritable respect que vous m'avez inspirés, par cette bonté avec laquelle vous m'avez conduit et dirigé dans le cours de ma carrière médicale.

KAMIENSKI.

Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22363646

DE

LA PÉRICARDITE AIGUË.

LA péricardite aiguë est, seulement dans la médecine moderne, plus distinctement reconnue; elle est difficile, et peut-être elle le sera toujours, pour le diagnostic, par sa position anatomique.

Les travaux récents nous prouvent la difficulté de la reconnaître et de la séparer des autres maladies de poitrine, et surtout des maladies du cœur.

Elle était déjà bien connue par les anciens; car Galien, trouvant dans le péricarde d'un coq une tumeur provenant de l'inflammation, dit que c'est la plus forte maladie qu'il voit dans cette membrane, ajoutant même que les palpitations indiquent les battements du cœur dans un liquide.

Avicenne cite l'inflammation du péricarde et du médiastin comme débutant par les premiers symptômes d'une pleurésie.

Abenzoar, médecin arabe, observa déjà la péricardite, ainsi que l'inflammation du médiastin : il pose les mêmes symptômes qui sont dus à la pleuro-pneumonie ou pleuro-péricardite, et, par ces moyens, il rend le diagnostic très-difficile, même méconnaissable.

Petrus-Salus Diversus, après avoir fait l'ouverture d'un individu dont le péricarde et le médiastin étaient enflammés, mais dont le reste était sain, a décrit les symptômes qu'il avait observés pendant la maladie, pensant que personne avant lui n'avait parlé de la péricardite : pourtant ces symptômes sont les mêmes dans leur description que ceux décrits par Abenzoar, comme fièvres fortes, soif continuelle, douleur légère, un poids vers le sternum ; respiration brève, fréquente ; toux sèche ou avec des crachats sanguinolents et jaunes ; pouls dur, syncope, sueur excessive.

Rondelet dit seulement que l'inflammation peut gagner le péricarde, mais que ces symptômes sont comme ceux de la peripneumonie ; toutefois que, dans cette dernière, on n'a pas tant de difficulté à respirer, et que les crachats abondants ne soulagent pas le malade ; il ajoute qu'il y a de grandes chaleurs, des palpitations, de la maigreur ; enfin, il la nomme mortelle.

Tulpius donne une observation de péricardite sur un jeune homme d'une forte constitution, pris subitement, *quasi inopinato insultu*, à la suite d'un voyage pédestre, d'une douleur des plus vives au côté gauche, d'une respiration difficile et de violentes palpitations ; mais ni les émissions sanguines, ni les médicaments, n'arrêtèrent la maladie ; la fièvre hectique avec une hydropisie du ventre enlevèrent le malade. Le péricarde contenait quinze cuillerées de liquide.

Zacutus rapporte l'histoire d'un individu dont le péricarde fut trouvé enflammé, d'une couleur livide, rugueuse, et parsemé de granulations miliaires : il fut pris subitement, à la fleur de l'âge, d'une fièvre aiguë, avec de la soif, de l'anxiété ; la respiration brève, fréquente ; chaleur brûlante dans la poitrine ; toux sèche ; syncope ; tremblement à la région du cœur ; douleur légère vers le sternum ;

oppression ; pouls dur et inégal ; enfin, la fièvre hectique enleva le malade. Cette observation est plus tranchée que celle de Tulpius ; mais c'est Zacutus le premier qui divisa la péricardite en aiguë et sub-aiguë, que Corvisart adopta plus tard.

Fabrice de Hilden observa sur une malade, qui périt après onze jours de souffrances, et dont le péricarde contenait du pus sanguinolent, avec érosion du cœur, les symptômes suivants : fièvre ardente, asthme, délire, insomnie, soif vive, rougeur des joues, défaillance, etc. Morgagni doute que l'auteur ne se trompe pas, quant aux érosions du cœur, en prenant les fausses membranes, comme on les a prises long-temps dans l'arrière bouche, pour les plaques gangréneuses.

Bonnet rapporte plusieurs cas d'invasions subites : douleur aiguë du côté gauche, respiration difficile, palpitations très-fortes ; même il démontre un exemple où le malade sentit son cœur nager au milieu d'un liquide : il dit que le pouls est formicant, mou et rare.

Van-Swieten écrit la même chose que Zacutus, et il ne sépare point la péricardite de l'inflammation des poumons dans la partie précordiale du médiastin.

Morgagni rapporte onze cas où la péricardite fut reconnue ; mais, dans la plupart de ces cas, la péricardite était réunie à la pleurésie, et aucune n'avait tous les symptômes réunis de la péricardite complète ; par exemple : un prêtre est pris d'une respiration difficile ; douleur d'abord à droite, puis à gauche ; mort. Une femme périssant de pneumonie et non sans inégalité du pouls. Mais dans les onze observations, on voit les symptômes suivants : la douleur est notée six foix, pongitive dans un cas, fixe deux fois à gauche, et trois fois dans la région du cœur. Chez un malade, le pouls est irrégulier, inégal, grand, dur, fréquent et vibrant. Chez d'autres, plusieurs fois la respiration est difficile, douloureuse ; de la toux ; des crachats sanguinolents, jaunâtres et épais ; de la soif, une fièvre plus ou moins vive ; et, dans un cas seulement, menace de syncope lorsque le malade veut se coucher sur le côté gauche.

Dans la seizième lettre de Morgagni sur l'hydropisie poitrinaire, il lie les hydropéricardites, et il conclut qu'il n'y a pas de symptômes certains de la péricardite. Selon nous, dans les onze malades cités, les uns appartiennent à la pneumonie, les autres à la pleurésie; on remarque seulement une fois l'irrégularité du pouls, et deux cas de douleurs sous-sternales; mais il n'y a rien qui se rapporte particulièrement à la péricardite aiguë.

Senac considère la péricardite sous la symptomatologie, en disant que Rondelet, Salus Diversus, Zacutus, Fabrice de Hilden, en ont déjà parlé, et y joint ses propres travaux; il observa la violence de la fièvre, la soif brûlante, la douleur, la dureté du pouls, la difficulté de respirer, la défaillance, l'oppression, en annonçant qu'il voit ces symptômes dans l'inflammation du péricarde; mais ils sont à peu près les mêmes dans la pleurésie; seulement les défaillances, les palpitations du cœur ou ses tremblements, la soif, le siége de la douleur, la toux sèche, semblent indiquer plutôt l'inflammation du péricarde ou du cœur lui-même. Il faut observer que Senac semble avoir oublié l'irrégularité du pouls, décrite avec tant de soin par les autres praticiens.

Sauvages distingua la pleurésie de la péricardite par les symptômes suivants : palpitation, tremblement du cœur, en y joignant encore la douleur sous-sternale, dureté et fréquence du pouls, avec son inégalité, une fièvre aiguë, et enfin des anxiétés.

Dans l'an 1746 régna épidémiquement et avec son type particulier la péricardite aiguë, que, dans ses notes, Trecourt, médecin de l'hôpital militaire de Rocroy, publia en ces termes : « elle était contagieuse, car elle se communiquait à ceux qu'il soignait. Chez tous les » hommes, les symptômes étaient à peu près les mêmes que ceux » de la péripneumonie, mais beaucoup plus violents : la difficulté » de respirer était extrême; il y avait un long intervalle de l'expiration à l'inspiration, mais celui de l'inspiration à l'expiration était » si court, qu'à peine l'air pouvait parvenir aux premières divisions » des bronches. Le malade suffoquait et souffrait d'une soif extrême; » il éprouvait, lorsqu'il voulait boire, les symptômes les moins équi-

» voques de l'hydrophobie, l'horreur de l'eau; le malade se plaignait
» d'une douleur aiguë et fixe à la région du cœur, qui répondait
» postérieurement à la partie opposée, semblable à celle d'un clou
» qui, traversant la poitrine, tendrait à rapprocher le sternum de
» l'épine du dos. Cette maladie était accompagnée de plusieurs au-
» tres symptômes; savoir : de nausées continuelles, de palpitations
» du cœur; le pouls était petit, concentré; les yeux abattus et lar-
» moyants, la langue noire et sèche; les urines avaient la couleur
» naturelle; le sang était couenneux et couvert d'une peau jaune,
» dure et épaisse. »

J'ai copié exactement tout ce passage, car je pense que c'est le meilleur moyen de rendre justement l'idée de l'auteur, qui lui a donné le nom de *singulière;* et, à la vérité, on trouve, entre les autres symptômes, des symptômes semblables à la péricardite aiguë : comme la difficulté de respirer, les palpitations, les douleurs sous-sternales, surtout semblables au clou qui, traversant la poitrine, attache le sternum au dos; et si encore la percussion et l'auscultation aidaient le médecin dans son examen, le diagnostic pourrait être complet; car ce même auteur dit plus bas qu'après la mort, on trouvait du liquide purulent en grande abondance épanché dans le péricarde.

Dans le rapport de la troisième autopsie que ce même auteur a notée, il y avait adhérence du péricarde au cœur, avec des ulcérations. Mais en le détachant avec le scalpel, on peut faire des ulcérations récentes sur le cœur; et encore il faut observer qu'une membrane séreuse ne peut pas adhérer sur une ulcération. L'auteur semble le reconnaître : il dit plus bas que, dans un cas semblable, le cœur était ulcéré de manière que l'ulcère était de grandeur à contenir un œuf de pigeon, et que le pus épanché était fétide; dans l'autre cas, le lobe inférieur des poumons était gangrené, mais la gangrène pouvait peut être provenir de la maladie, et surtout accompagner consécutivement les ulcérations, et être provoquée par la rapidité d'une fluxion interne; en conséquence, qu'il nous soit permis d'en douter.

Lieutaud, dans son travail, dit : *de sensu ponderis molestissimo querebatur, circa scrobiculum cordis, cum hypochondrio sinistro subtu-*

mido. Portentosum occurrit pericardidum continens labras sex lactis subcruenti.

Avenbrugger nota cette même tuméfaction avec matité à la région du cœur, dans le passage suivant : *signa vero specifica deprehendi; sonitus ubi cor locatum est obtusior deprehensus, ita suffocatus est ac si fructum carnis percussisses, scrobiculum cordis tumor occupat, quem renitentiâ suâ distinguens facile à ventriculo ventibus turgente.*

Je crois qu'il n'est pas possible d'annoncer plus ouvertement la voussure et la matité de la partie précordiale ; mais pourtant ces belles observations restèrent comme ensevelies dans le tombeau du passé, jusqu'à M. Louis, qui, en 1826, appela l'attention du siècle civilisé, en observant et en annonçant les mêmes symptômes.

Bailly, décrivant la péricardite, démontre comme symptômes la fièvre, la douleur dans la région du cœur, souvent avec des palpitations et un pouls irrégulier : la toux, la difficulté de respirer, et quelquefois des syncopes, sont attachés, selon le même auteur, à ladite maladie.

Pierre Franc ne distingua pas la péricardite ; il disait : « que toutes » les fois que, sans aucune cause fondée sur l'existence d'une autre » affection thoracique, on observe une grande anxiété pectorale, une » douleur à la région du cœur, qui est agité de palpitations et de » vibrations fortes, un pouls irrégulier et très-fréquent avec de lipo- » thymies, quand même il n'existerait que la palpitation, l'inter- » mittence du pouls et les lipothymies, ou seulement deux ou trois » de ces symptômes, on peut présumer l'inflammation du cœur, des » gros vaisseaux ou du péricarde. » Et, dans son précepte, il ne porte jamais un diagnostic fixe ; il se borne seulement à reconnaître que le cœur, le péricarde ou les gros vaisseaux sont enflammés. Et comme le traitement de ces maladies est le même, il les confond ensemble.

Dans les mémoires des Académies étrangères, la maladie a été observée et notée, comme dans celle de Berlin : on y trouve plusieurs cas sur la péricardite aiguë ; Meckel surtout décrivit des douleurs aiguës à la région précordiale, des angoisses, de la fièvre, et il trouva le pouls dur et fréquent. Entre autres, il cite un exemple

de la péricardite chronique passant à l'état aigu, chez une femme qui, pendant sa grossesse, n'avait eu que des douleurs légères avec angoisses : l'accouchement avait eu lieu sans trop de souffrances ; mais bientôt la douleur augmenta extrêmement, et les symptômes suivants se manifestèrent : le pouls était dur, inégal, fréquent et tremblotant. L'autopsie démontra que le péricarde adhérait par des points forts au cœur, et que le liquide contenu était une sérosité rougeâtre et visqueuse. Quant aux autres malades cités dans son ouvrage, il ne donne rien de remarquable, mais seulement les adhérences du péricarde au cœur ou du pus épanché. Nous trouvons dans l'ouvrage rédigé par les élèves pendant les cliniques internes du professeur Schoenleïn, à Zurich, sous le titre de pathologie interne et thérapeutique, l'an 1837, le passage suivant quant à la péricardite aiguë : « *Die Kranken haben ein gefuhl von Druck oder Brennen an der unteren Halfte des Sternum gegen den processus ensiformis, und nach links gegen das Herz sich verbreitend. Apnoë, dumpfer, undeut licher, oft ganz verschwundener Herzschlag. Dazu das Gëfuhl von grosser Angst, nicht selten bis zu Ohnmachten fich steigerend. Bei akutem Verlaufe sind die symptome sehr heftig, und immer ist dann Fieber bald mit dem Charakter der Synocha, bald mit dem des Erethismus zugegen. Der Puls ist Sehr frequent, aber klein, contrahirt, wenn er sich auch hart anfühlt.* » Peut-on croire que le diagnostic est méconnaissable, quand tous les symptômes sont si bien observés et notés : ils sont les mêmes que ceux que nous rapporterons à la fin de notre ouvrage.

Dans l'ouvrage de M. Thomassini, intitulé *Clinica Medica di Bologna* (page 162), on trouve un exemple en ces mots : « *La flogosi artritica prise fortimente le interne membrane del petto, s'insinuo in quelle che circondano il cuore*, etc. » Ce célèbre médecin pense que, le plus souvent, le rhumatisme finit par tomber sur le cœur ou sur la membrane péricardiale, et par ce moyen enlève le malade ; car il dit plus bas : « *Cosi questi false membrane, risultamenti di pericardite et du cardite succedute, all'artritica universale affezione, troncarono la vita*

ad un infermo, che ci costò tante pene, e la cui docilita et esattezza lasciavano luogo a tante speranze. »

Les choses étaient ainsi, lorsqu'en 1763, à Vienne, le docteur Avenbrugger, travaillant au progrès de la médecine, publia un ouvrage sur la percussion du thorax, et, par ce moyen, il leva la plus grande difficulté médicale, et donna le vrai diagnostic des maladies de poitrine. Mais ces *scholies*, traduites du latin en français, par M. Rozière de la Chassang, médecin de la Faculté de Montpellier, n'étaient pas plus adoptées par les praticiens que par le traducteur lui-même.

Ce même auteur pense que, dans tous les cas où seulement il y a un son mat, il doit y avoir toujours une inflammation aiguë ou chronique, car il dit : « *Sonus præter naturalis observationis III et occurrit in morbis acutis et deprehenditur, in chronicis, constanter vero sequitur magnam extravasationem liquidorum in vasis hujus cavi contentorum.* » Je pense que cette description regarde toutes les inflammations aiguës et chroniques comme épanchant un liquide, sans cependant dire si c'est du sang ou un liquide quelconque. Mais plus loin le même auteur dit : « *Costant ex § præcedentis scholio, quod omne illud obtundat vel deleat somnum naturalem thoracis, quidquid volumen aëris in ejus cavo contenti valet minuere, vel ex integro dolore.* » Et, par conséquent, ces paroles démontrent que le son mat se fait apercevoir seulement dans les parties envahies par un liquide quelconque. Ainsi, le son mat dans la région précordiale ne peut pas être exactement regardé comme un symptôme appartenant à la péricardite aiguë, et plus encore comme un signe ; car l'inflammation de cette membrane peut produire un épaississement, de fausses membranes, les ulcères, les cartilages, les ossifications, les tubercules et d'autres états morbifiques, sans liquides ni épanchement visiblement augmenté. L'auteur lui-même, en annonçant plus bas ces mots, semble démontrer que cela ne peut pas être appliqué également à toutes les inflammations : « *Sonus præter naturalis qui* (§ VIII) *in morbis acutis occurrit, vel observatur sub horum decursu, vel intermino decursûs eorum.* Et cela est si vrai, qu'il peut y avoir ou épan-

chement sanguin du commencement de la maladie inflammatoire aiguë, ou épanchement du liquide à la fin, comme dans beaucoup de cas, après la maladie chronique.

Ce même auteur dit que le son mat se fait entendre ou au commencement de la maladie, ou au quatrième ou septième jour, et qu'après le septième il se dissipe. Mais cela ne peut être admis que dans les inflammations aiguës; car, pour les chroniques, il nous semble qu'on ne peut pas décrire le jour, et cela dépend de la force inflammatoire.

Pour conclure sur l'inflammation des membranes séreuses dans la partie thoracique et du cœur, il s'explique ainsi quant au son mat : *ut sunt pleuritis sicca, deindè inflammatio mediastini, pericardidi, cordis. Enim vero in his malis eo usque affecta pars sono præter naturali destituta est, donec vel in mortem tendant, vel naturæ aut artis beneficio suppurent, et in conspicuas vomicas abeant.* D'après les paroles citées selon cet auteur, on ne peut adopter la matité du son comme un symptôme véritable de la péricardite aiguë, mais bien d'un épanchement rapide, ou d'une hydropéricarde.

Laënnec et Corvisart, par leurs grands travaux sur les maladies du thorax, ont enrichi et perfectionné un nouveau moyen de reconnaître cette maladie par le stéthoscope. La percussion et l'auscultation sont des moyens qui peuvent rendre le diagnostic de la maladie qui nous occupe plus léger et plus rapide ; car, quand d'une part la matité reconnue sur la région précordiale, peut, avec les autres symptômes réunis par les mêmes médecins, le mettre déjà dans une plus grande évidence ; d'autre part, ce sont les moyens qui démontrent les bruits respiratoires et les autres, comme bruits morbifiques : c'est donc par cela qu'il donne la facilité de prononcer le diagnostic, et de distinguer les maladies thoraciques entre elles.

M. Serre, dans ses cliniques, nous a appris que, dans les cas douteux, il fallait comparer les maladies entre elles. Et, en conséquence, si ce n'est pas une des maladies qu'on peut reconnaître facilement, comme la pleurésie, par exemple, ou la pneumonie, etc., on pourrait penser que c'est une péricardite. Pourtant il est encore assez difficile

de la séparer d'une cardite ou d'une inflammation de la crosse de l'aorte.

Corvisart divise en aiguë et sub-aiguë la péricardite; nous pensons que la sub-aiguë ne sera rien de plus que la même inflammation sans être portée au plus haut degré; mais il arrive bien souvent, comme le dit le même auteur, que la péricardite aiguë véritable se montre quand le malade a déjà péri, tellement elle est rapide. Quant à la coloration de la joue gauche, notée seulement par Corvisart, nous n'avons rien trouvé de semblable, malgré toutes nos recherches dans les descriptions des autres auteurs, et, en conséquence, nous ne dirons rien là-dessus.

Laënnec pensa que le bruit du cuir neuf pouvait être un signe de la péricardite, mais lui-même plus tard se convainquit qu'il n'en était rien. Voici les signes que la péricardite lui fit distinguer par l'auscultation : les ventricules du cœur donnent une impulsion forte et quelquefois un bruit plus marqué que dans l'état naturel; à des intervalles plus ou moins longs, surviennent des pulsations plus faibles et plus courtes qui correspondent à des intermittences du pouls, dont la petitesse contraste extraordinairement avec la force du battement du cœur, de manière que quelquefois il peut à peine être senti.

Quant au bruit du cuir neuf, comme signe de la péricardite, il ne peut pas être véritable; car, après la péricardite aiguë forte, l'épanchement produit ne permet pas certainement d'entendre le bruit du cuir neuf; même dans les inflammations plus faibles et commençantes, on ne peut pas l'apprécier; il peut se faire entendre seulement dans le cas où il y aurait manque total de liquide et sécheresse complète de la membrane séreuse, laquelle aurait été frottée par le cœur dans les mouvements de systole et de diastole. Le bruit du cuir neuf peut être senti encore dans une pleurésie du côté gauche, et sur la partie cardiaque, où l'inflammation produirait la sécheresse de cette membrane, et son frottement pourrait tromper le diagnostic. Ainsi le bruit du cuir neuf, lié avec les autres symptômes, démontrant véritablement une péricardite, pourrait nous

être utile pour reconnaître qu'il n'y a pas d'épanchements, et même qu'il y a manque complet de liquide dans le péricarde.

Le même auteur dit que ce mot *reconnaître* ne peut pas être appliqué à la maladie traitée, mais le mot *deviner;* car il avoue que quelquefois il diagnostiquait une péricardite là où il n'y en avait pas, et même où aucune maladie thoracique n'existait pas, et qu'il n'a pas même reconnu où elle se trouvait : tellement, selon cet auteur, le diagnostic de la maladie qui nous occupe est difficile.

Enfin, il termine en disant que, chez un homme jeune, vigoureux, tombé rapidement malade, la douleur précordiale se manifesta avec la palpitation ; pouls dur, fréquent, irrégulier, accompagné de fièvre, de soif, de syncope, de dyspnée, d'angoisses, d'anxiété, d'impossibilité de marcher ou de faire des mouvements. Et encore quand la percussion montre la matité, l'auscultation le bruit respiratoire net, tous ces symptômes liés ensemble, ou la plus grande partie, permettent de présumer, mais seulement de présumer, selon cet auteur, l'existence de cette maladie.

Mérat, en parlant de la maladie qui nous occupe, ajoute qu'il n'y a jamais que des présomptions plus ou moins fondées sur l'existence de la péricardite. Quant aux symptômes, il dit que le pouls est petit, inégal, très-fréquent : les syncopes, les lipothymies, données, selon beaucoup d'auteurs, comme signes certains, ne se sont pas présentées plus souvent que dans les autres maladies, dans les cas de la péricardite observée par ledit médecin. Mais la respiration haute ou laborieuse, fréquente; un sentiment de gêne dans la respiration; sur la région précordiale, douleur, chaleur; fièvre, anxiété, faiblesse et abattement général, crainte de la mort : tels sont les symptômes qu'il a observés dans la péricardite. Quant à l'auscultation et la percussion, ses pensées sont les mêmes que celles de l'auteur que nous venons d'analyser.

M. Louis appela ensuite, dans la Revue médicale (l'an 1826, au mois de Janvier), par son mémoire sur la péricardite, l'attention des médecins, et c'est son ouvrage qui augmenta les recherches commencées par les autres hommes savants. Le même auteur pense que

la péricardite aiguë est difficile à diagnostiquer, en ajoutant le mot de Laënnec que nous avons cité plus haut. Nous tâcherons d'analyser autant qu'il nous sera possible ses observations, en ne portant notre attention que sur des cas de péricardite aiguë seulement. En conséquence, nous serons obligé de retrancher les observations dans lesquelles nous verrons des complications d'autres maladies.

Première observation. — Un maçon, âgé de 25 ans, remarquable par sa force et son embonpoint, est admis à l'hôpital de la Charité : à son arrivée, malade depuis sept et couché depuis trois jours. Les symptômes commencèrent par une douleur assez vive au côté de la poitrine, à l'épigastre et entre les épaules : de la dyspnée, des palpitations, puis de la diarrhée ; les palpitations disparurent au troisième jour, et les autres symptômes persistaient ; ce malade, restant pendant deux mois à l'hôpital, présentait divers changements dans la marche de son affection ; car parfois la maladie changea en pis ou mieux par les saignées générales et locales, et par les autres remèdes. Mais la dyspnée ne diminua jamais ; au contraire, elle augmenta à tel point, que le malade se vit dans la nécessité de se lever dans la nuit pour ne pas étouffer. Les moyens de traitement ne seront pas indiqués ; nous renvoyons à la description thérapeutique de ladite affection.

Ouverture faite 48 heures après la mort.

Infiltration très-prononcée des mains, des avant-bras et des parois thoraciques ; face à peu près comme dans la vie, c'est-à-dire plombée. Nous nous bornerons à décrire seulement l'autopsie du thorax dans toutes nos analyses, en liant toutefois les cas qui nous seront utiles dans cet ouvrage. Le sternum et les cartilages enlevés, on ne voyait que le péricarde, lequel occupait la plus grande partie de la poitrine, car il avait sept pouces et demi de haut et neuf de large à sa base. Sa face antérieure offrait une bande celluleuse, perpendiculaire, de deux pouces de largeur, correspondant au mé-

diastin dont les lames avaient été singulièrement écartées. Dans le reste de son étendue, il était recouvert par les plèvres, avec des granulations assez nombreuses ; il contenait une pinte et demie de sérosité rousse et rougeâtre, un peu louche, et déprimait le diaphragme à son centre ; sa face interne, presentant des inégalités dans plusieurs points avec une couleur orangée, était tapissée par une fausse membrane d'une ligne et plus d'épaisseur, ferme et très-adhérente. La surface du cœur était inégale, assez semblable à celle d'un ananas ou d'une pomme de pin, et, comme celle du péricarde, d'une couleur jaune et un peu orangée ; enfin, des fausses membranes qui n'avaient rien de remarquable.

Dans cette observation, les symptômes de la maladie étaient tellement évidents, qu'on pouvait diagnostiquer dès le début de cette affection : la dyspnée, la douleur précordiale, et surtout, d'après les descriptions du malade, l'inégalité et la fréquence du pouls, donnaient très-bien à reconnaître que la partie circulatoire était affectée, et que cela devait se passer, ou dans le centre même de la circulation, ou très-près du cœur. La matité, rapidement rétablie, démontrait une espèce de substance étrangère et encore liquide à la partie mate ; la voussure montra que la substance étrangère était assez volumineuse pour pouvoir soulever les côtes, à tel point qu'on reconnaissait par la vue un soulèvement. Au début de la maladie, on remarquait des vomissements et des autres signes de l'inflammation gastro-intestinale ; mais elle a disparu ; forcée par des raisons naturelles, elle a cédé à une inflammation plus forte que cette première ; et, par conséquent, l'inflammation précordiale augmenta de force.

Deuxième observation. N° 15. — Une fille âgée de 47 ans, a été prise rapidement d'une douleur violente ; palpitations fortes ; constrictions très-pénibles de la poitrine ; douleurs lancinantes dans la partie du sternum ; dyspnée toujours augmentée, et les autres symptômes momentanément variant en force et en étendue sous l'influence du traitement. Elle a succombé après avoir resté douze jours dans l'hôpital de la Charité.

Ouverture dans 23 heures.

Infiltration assez considérable des membres inférieurs. Le péricarde offrait une surface large, presque plane et très-étendue, contenant plus d'une pinte de liquide rouge brunâtre, un peu louche, et rien de remarquable au reste. Dans cette observation, comme dans la précédente, on peut bien comprendre, au début de la maladie, que la péricardite aiguë se manifesta avec une force immense; et le diagnostic pouvait être sûr, comme nous le pensons, car les symptômes de la maladie furent rapides sur la région précordiale : sentiment de constriction de la poitrine, palpitations suspendues par temps et reparaissant de nouveau ; décubitus très-élevé; oppressions toujours plus fortes. Au vingt-sixième jour de la maladie, on observe, avec ces symptômes, battements du cœur tumultueux et inégaux, irrégularité et intermittence du pouls, poitrine sonore dans toute son étendue, excepté à la région précordiale qui rend un son mat. Les membres inférieurs deviennent œdémateux à la fin de la maladie; leur température, qui avait baissé dès le début, décroît dans la proportion des autres accidents, et, enfin, après douze jours d'entrée, la malade meurt en pleine connaissance par suffocation. L'autopsie démontre la vérité du diagnostic.

Ensuite M. Louis parcourt les observations de Morgagni, Corvisart, Andral, Bertin, Tascheron, Broussais, Bricheteau, ses propres observations, et arrive à la conclusion suivante : que 1° la douleur précordiale se trouve le plus souvent chez la plus grande partie des malades atteints de cette maladie ; 2° l'irrégularité existe presque toujours, de manière qu'il la regarde comme un signe certain ; 3° les lipothymies, dans le plus grand nombre des cas, ne s'observent pas, et il ne les regarde pas comme symptômes ; 4° les palpitations peuvent être prises pour les symptômes, car elles existent assez souvent; 5° la dyspnée est toujours presque attachée aux maladies du thorax, conséquemment elle ne peut pas être un signe ; 6° la per-

cussion convenablement pratiquée est un moyen presque sûr, mais elle n'a point été mise en usage dans un assez grand nombre de cas; nous pensons que son importance doit être plus reconnue, car, jusqu'à présent, il y a encore très-peu d'observations à ce sujet; 7° la voussure peut faire apprécier la maladie quand les autres observations la précèdent; plus bas nous parlerons plus au long de ces deux moyens. M. Louis pense que la maladie peut être reconnue par ces symptômes dans la moitié des cas.

Dans le grand dictionnaire en vingt-un volumes, les symptômes attachés à la péricardite aiguë sont les suivants : oppression qui, augmentant par les mouvements, par les paroles, par les actions, force le malade à presser fortement le côté de l'expiration, à se tenir assis; toux sèche, fièvre plus ou moins intense, besoin presque continuel de changer de position; expression de souffrances et d'anxiétés qui n'existe pas dans les autres phlegmasies du thorax : tels sont, dans la plupart des cas, les seuls symptômes au début de cette inflammation; mais on peut réunir à cela l'accélération du pouls, les battements du cœur, l'oppression, l'altération de la face. Ce sont ces symptômes qui peuvent être nécessaires pour le diagnostic, par leur liaison aux autres; après ces premiers symptômes, il en survient d'autres, comme douleur dans la région du cœur avec des divers caractères, chaleur, douleur piquante ressemblant aux clous, désordres du battement du cœur, palpitations variées, confusion des battements des oreillettes et des ventricules, inégalité et irrégularité du pouls ou du battement irrégulier du cœur avec pouls régulier, mais fréquent, ou sans l'irrégularité de ce dernier; défaillances, syncopes; d'autres fois la lenteur du pouls avec une chaleur fortement élevée; de l'oppression, de l'anxiété, ou bien une fréquence extraordinaire du pouls jointe à une chaleur médiocre et à d'autres symptômes généraux. Quelques jours après ces symptômes, il survient un épanchement, et avec lui d'autres signes nouveaux : la percussion fait reconnaître un son mat, et alors, au lieu de voir, selon quelques auteurs, une péricardite aiguë, nous verrons une hydropéricarde symptomatique, et cela nous donnera à penser que

la péricardite aiguë existait réellement. La main même, posée sur la région précordiale, sentira bientôt que les battements du cœur ne sont plus aussi réguliers, n'ont plus la même force et ne se trouvent plus dans le même point.

M. Andral, dans sa clinique, rapporte huit observations de la même maladie qu'il partage en trois paragraphes, et nous ne ferons qu'analyser la première, où il parle de la péricardite aiguë franche; elle se compose de quatre observations, trois morts sans complication, et la quatrième d'une guérison. La péricardite se manifeste par les douleurs, les palpitations, l'obscurité des battements du cœur, l'irrégularité, l'intermittence du pouls, la matité à la région précordiale, l'anxiété, la gêne de la respiration, l'absence d'autres maladies du thorax. En examinant plus en détail le premier cas, nous trouvons la douleur qui apparaît subitement à la suite des douleurs rhumatismales. Au commencement, elle est atroce; siégeant un peu au-dessous et en dedans du sein gauche, elle ne semble pas augmentée par la toux, et elle est stationnaire jusqu'au moment fatal. Le nègre qui est l'objet de la seconde observation, est atteint de la péricardite aiguë par le déplacement des douleurs rhumatismales, et elle augmente peu à peu en s'élargissant de tous côtés et en occupant l'épigastre. Par la pression, ce sujet semble avoir plus de douleurs qu'ordinairement.

Dans les trois cas, les douleurs occupent la région du cœur; elles sont assez vives au commencement, elles deviennent moindres, et ce n'est que par la pression ou par les mouvements qu'elles augmentent; elles peuvent être intenses et s'irradier comme un trait de feu dans tout le côté gauche du thorax et les membres correspondants du même côté. Le quatrième malade ressent à la région du cardia une douleur intolérable qui n'augmente ni par la pression ni par l'inspiration; le pouls était irrégulier chez le premier et le quatrième malade, irrégulier et fréquent chez le premier, intermittent et petit, fuyant sous le doigt, de force ordinaire chez le quatrième; chez le nègre, régulier et fort, régulier et très-petit chez le troisième. On ne fait pas mention de matité dans le premier cas, car la mort

fut trop rapide pour qu'on pût faire quelques démarches pour la guérison. Mais, dans l'autopsie, on trouve seulement une once de liquide épanché, et pour cette cause nous pensons qu'il n'y avait pas de matité. Chez le nègre, la matité vient se joindre aux autres symptômes; trois jours après le début de la maladie, on la trouve chez le sujet de la troisième observation; mais, chez tous les deux, on a trouvé du liquide en grande abondance épanché dans le péricarde. Chez le quatrième, il paraît qu'on n'a pas pratiqué la percussion. Deux fois on a observé les battements du cœur qui ont été irréguliers, intermittents, et le pouls isochrone aux mouvements désordonnés du cœur. Dans deux cas, les battements du cœur s'obscurcissent de manière que l'oreille, appliquée sur sa région, ne peut percevoir ces battements; pour le premier cas, chez le nègre, le pouls était fréquent et d'une dureté remarquable, tandis que les battements du cœur ne se faisaient sentir que d'une manière faible. La poitrine, percutée, résonnait bien partout, dit cet auteur, mais l'obscurité du bruit faisait présumer l'existence d'un épanchement. Dans le cas suivant, rapporté par M. Andral, on peut reconnaître la disposition du bruit du cœur : « nous ne fûmes pas peu étonné, dit » l'auteur, de ne plus entendre les battements du cœur, jusqu'alors » si énergiques..... Pour la première fois on reconnut un son très- » mat, existant de haut en bas, depuis le niveau de la quatrième côte » jusqu'à celui de la neuvième ou de la dixième, et transversalement » depuis le sein à peu près jusqu'à la moitié du sternum exclusive- » ment. » Le péricarde a renfermé une grande quantité d'un liquide rougeâtre; il est évident que l'épanchement se faisant subitement, a dû affaiblir les bruits du cœur. La respiration était nette dans les quatre cas, et même, dans tous les trois, elle était forte : un seul malade toussait un peu. La dyspnée, dans trois cas, était légère au commencement, et, augmentant par la pression ou par le progrès seul de la maladie, elle finit par être extrême quand l'épanchement eut lieu dans le péricarde. On trouve dans les mêmes observations un cas de rire sardonique, accompagné d'un mouvement convulsif des lèvres : la soif, la fièvre, le froid des extrémités et l'altération de la face, sont aussi notés.

Enfin, nous vîmes que la huitième observation présentait un exemple de péricardite mieux caractérisée quant aux moyens anatomiques; mais ces symptômes ont paru tellement différents, qu'elle ne pouvait pas être diagnostiquée pendant la vie du malade : elle présentait les signes appartenant aux irritations du centre nerveux. Seulement, au milieu du délire, des convulsions et des autres symptômes, on aperçut l'intermittence du pouls.

M. Roche, dans sa pathologie médicale et chirurgicale, reproduit un article bien ancien sur cette même affection, et donne comme certains des symptômes, mais d'une manière si légère, qu'il laisse presque complètement en doute la reconnaissance de la péricardite aiguë, ajoutant que le stéthoscope et la percussion ne sont pas plus sûrs que les autres symptômes.

M. Bouillaud, dans son ouvrage sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, cite vingt-six cas de péricardite aiguë; mais comme, entre ces vingt-six exemples, il n'y en a que sept de véritable péricardite aiguë simple, nous nous bornerons à les analyser, car on peut douter des autres à cause de leur liaison avec des maladies ou thoraciques ou abdominales, et par conséquent on pourrait les juger consécutives aux autres inflammations.

Le même auteur partage les exemples de péricardite en trois catégories. *La première* contient la congestion sanguine et la suppuration; dans *la seconde* sont groupées les observations de péricardites dans lesquelles la matière plastique de l'épanchement passe peu à peu de l'état amorphe à l'état d'organisation celluleuse ou cellulo-fibreuse ; et, enfin, *la troisième* rassemble les péricardites dans lesquelles les produits accidentels se transforment en granulations, en plaques fibreuses, fibro-cartilagineuses, cartilagineuses, osseuses ou même calcaires.

La première observation est prise sur un jeune homme de 21 ans, d'une constitution molle et lymphatique, présentant des infiltrations générales ; battement de cœur tumultueux, bruit du cuir neuf et de soufflet, accès apoplectiformes. Ce malade avait déjà été traité d'une ascite très-forte de laquelle il était débarrassé, quoique conservant

un peu de toux ; ce jeune homme attribuait son infiltration à ce qu'il travaillait ordinairement dans un endroit humide. Il avait un appétit si vorace, qu'il s'exposait à de fréquents dérangements des fonctions digestives, et particulièrement une diarrhée assez abondante, maladie qu'il chercha à dissimuler dans la crainte qu'on ne le privât d'aliments : soif vive ; langue large, épaisse et blanche ; bruits du cœur plus clairs que dans l'état normal ; les battements de cet organe étaient réguliers, d'une force et d'une étendue médiocre ; le pouls était petit, à 120 pulsations par minute ; il y avait étouffements et de légères palpitations lorsque le malade faisait quelques efforts ; les paupières gonflées couvraient les lobes de l'œil ; le ventre était volumineux et rendait un son mat dans la région des flancs ; un peu de râle sous-crépitant se faisait entendre dans la partie inférieure du côté gauche de la poitrine ; le dévoiement était en assez haut degré. Le malade mourut à l'hôpital, après dix-huit jours de souffrances.

On diagnostiqua la péricardite avec de fausses membranes, et *l'autopsie cadavérique, après* 36 *heures*, démontra la vérité de ce diagnostic. L'examen externe donnait à reconnaître l'infiltration générale : visage gonflé, pâleur générale, sérosité des membres parfaitement transparente ; le tissu cellulaire des bourses contenait très-peu de liquide ; dans les organes circulatoires, on trouva deux cuillerées d'un liquide rougeâtre ; adhérence du péricarde au cœur dans une assez grande distance ; fausses membranes rugueuses comme une langue de chat, avec granulations et beaucoup d'injections sanguines.

Deuxième observation. N° 6. — Un homme de 36 ans est reçu à l'hôpital. Il présente les symptômes suivants : anxiété ; battements du cœur irréguliers, tumultueux ; matité de la région précordiale, obscurité des battements du cœur ; douleur vive en dedans du sein gauche ; face pâle, exprimant les souffrances et l'inquiétude ; rire sardonique de temps en temps ; tremblement convulsif des lèvres pendant l'exaspération de la douleur précordiale ; les battements du cœur offrant un tumulte et une irrégularité difficile à exprimer ; le pouls s'effaçant, un froid glacial se présentait sur les extrémités.

Le sixième jour, les battements du cœur étaient mats, obscurs, et le pouls très-petit; la matité du côté gauche et celle du sternum inclusivement étaient extrêmes. Le malade était obligé de se tenir assis, car il lui était impossible de se coucher, et, à la fin, il se plaignait comme s'il eût été étouffé entre deux barres de fer. *Diagnostic de la péricardite aiguë. Autopsie.* Le péricarde formait une grande poche contenant un litre de liquide rouge, brunâtre, semblable à du sang gâté; la surface du péricarde était tapissée par des concrétions membraniformes colorées en rouge. Dans cette observation, sans doute le diagnostic était facile à établir, et on pourrait encore ajouter que la maladie avait produit l'épanchement, comme dans le cas précédent, avec des fausses membranes.

Troisième observation. N° 7. — Un homme de 50 ans offre des douleurs précordiales très-vives, matité largement étendue dans la même région, et bruit de râpe; le malade assure n'avoir jamais été attaqué de rhumatisme; abattement extrême, chaleur à la peau, pouls fréquent et assez développé, soif, inappétence, délire, soubresauts dans les tendons, langue sèche et fuligineuse; après le bruit de râpe très-manifeste, les battements du cœur étaient sourds et profonds; enfin, le pouls petit et serré : mort après treize jours de maladie.

Autopsie cadavérique après 36 heures.

La face interne du péricarde est recouverte dans toute son étendue d'une fausse membrane de l'épaisseur d'une ligne; cette membrane était rougeâtre et rugueuse; le péricarde transparent et parfaitement sain; seulement il contenait une assez grande quantité de liquide séreux et sanguinolent. Dans le cas dont nous parlons actuellement, le diagnostic était bien facile à notre avis : seulement nous ferons observer que le malade est arrivé à l'hôpital presque à la fin de sa maladie.

Quatrième observation. N° 8. — Un enfant de 14 ans, chez lequel nous remarquons l'influence d'un rhumatisme, dont nous parlerons

un peu plus largement plus bas, présente, le premier jour, une vive douleur rhumatismale au coude-pied droit ; le lendemain, la même articulation de l'autre pied se trouve prise, et le jour suivant s'étend aux membres supérieurs ; deux jours après, on observa anxiété, dyspnée, douleur dans le côté gauche de la poitrine, pouls à 136 pulsations, fièvre vive, gonflement des articulations, persistance de la douleur dans le côté gauche ; respiration courte, incomplète ; point d'égophonie ni de bronchophonie. Les plus légers mouvements arrachent des cris aux malade ; selles diarrhéiques continuelles. Mort le quatorzième jour de sa maladie.

Autopsie dans les 22 heures.

Le péricarde contient une petite quantité de sérosités sanguinolentes (une cuillerée à café) ; mais les deux feuillets de cette membrane adhèrent entre eux au moyen d'une pseudo-membrane de formation évidemment récente et présentant à peine quelques traces d'organisation. Le diagnostic pouvait être reconnu : c'était évidemment le rhumatisme qui produisait la maladie.

Cinquième observation. N° 9. — Elle est fournie par un enfant né d'une mère rhumatisante ; et, en effet, la maladie débuta par le rhumatisme articulaire aigu : douleur vive dans la région du cœur avec battements tumultueux de cet organe ; pouls irrégulier ; étouffement ; grande gêne de la respiration, et augmentation de la fièvre ; anxiété ; face pâle et violacée ; 140 pulsations radiales ; absence complète de toux ; bruit respiratoire et son naturel ; gonflement sans rougeur de l'articulation tibio-tarsienne ; variation dans la douleur rhumatismale, selon la force de la partie attaquée ; à la fin de la maladie, matité et dyspnée qui augmenta jusqu'au dernier moment.

Ouverture dans les 24 heures.

Le péricarde contient un peu de liquide séro-purulent, et est

tapissé intérieurement par une fausse membrane qui le fait adhérer à la face postérieure du cœur ; une autre d'une toute nouvelle conformation, à la face externe du péricarde, unissait le péricarde au médiastin. Cette péricardite nous montre une véritable maladie simple sans aucune complication des symptômes qui pourraient appartenir aux autres. L'autopsie a démontré une péricardite complètement simple : c'est pour cela que tous les symptômes qui appartiennent tant à la respiration qu'à la circulation et à l'innervation, peuvent être attribués à la maladie qui nous intéresse.

Sixième observation. N° 14. — Une femme de 42 ans, d'une constitution très-faible, est entrée à l'hôpital avec frissons, douleur aiguë dans la région précordiale, dyspnée, altération des traits, pâleur, anxiété considérable, orthopnée, douleur pongitive extrêmement vive dans la région précordiale, matité du côté gauche, résonnement sonore dans le reste de la poitrine ; l'oreille perçoit la sensation d'un bruit de rotation, comme si un corps s'agitait dans un liquide ; les mouvements de systole et diastole semblent se confondre et n'en former qu'un seul ; pouls petit, très-fréquent ; défaillances assez fréquentes ; vers les derniers jours du malade, le bruit de frottement se changea en bruit de froissement du taffetas ; le pouls est très-petit, vif, inégal, sans accord avec les battements du cœur, qui sont forts, larges, égaux, mais se confondant de manière à ne faire entendre qu'un seul bruit sec ; lèvres violettes, pâleur extrême du reste de la face ; l'anxiété et l'étouffement avec tous les autres symptômes augmentent, et la décomposition de la face est suivie de douleurs déchirantes qui persistent jusqu'au dernier soupir.

Ouverture cadavérique dans les 33 heures.

Le péricarde adhère presque entièrement au cœur par des fausses membranes, et les deux membranes formant le péricarde proprement dit sont très-épaissies. Cette péricardite a été accompagnée de tous les symptômes qui évidemment appartiennent à l'inflammation

que nous décrivons, et le diagnostic pouvait certainement être reconnu.

Septième observation. — Nous citerons cette seule observation détaillée en prenant les paroles de l'auteur :

« Laurent Barthélemy, âgé de 26 ans, admis à l'hôpital Cochin, » le 2 Juillet 1818, traité peu de temps auparavant, à la Pitié, pour » une affection catarrhale, se plaignant d'une douleur insupportable » au côté ; son visage était pâle et grippé, la respiration haute et » très-pénible; à chaque inspiration, le point douloureux qui existait » à gauche devenait plus *atroce* et arrachait des cris au malade ; la » poitrine rendait un son mat au côté gauche et un peu plus clair » au droit ; les crachats étaient muqueux, écumeux et mêlés de » quelques stries sanguinolentes; le malade se tenait courbé en » avant pour respirer plus facilement ; il lui était impossible de » s'étendre dans son lit ; le pouls était petit, serré, mais régulier : » vingt sangsues furent appliquées sur le point douloureux dès le » premier jour d'entrée ; cependant la douleur persista, la dyspnée » augmenta, et le malade passa la nuit suivante dans un état d'anxiété » inexprimable. Un vésicatoire, appliqué le lendemain, procura un » soulagement momentané; la douleur pleurétique disparut, mais » la gêne de la respiration et la maigreur augmentèrent. On observait des alternatives de dévoiement et de constipation; dans ce dernier cas, les symptômes s'exaspéraient, la dyspnée et l'anxiété devenaient plus considérables ; enfin, un mois après son entrée, le » malade succomba. *L'autopsie cadavérique fut faite par MM. Pichon » et Belmas. État extérieur :* point d'infiltration ; abdomen seulement » un peu ballonné. *Thorax* : après avoir enlevé le sternum et les » cartilages des côtes, on vit une poche très-volumineuse s'étendant » plus à gauche qu'à droite où elle occupait un espace très-étendu ; » le poumon droit en était refoulé ; mais ce refoulement n'était rien » en comparaison de celui du poumon gauche, qui a occupé plus » de la vingtième partie de la cavité thoracique gauche. La poche » tout entière, formée par le péricarde, avait sept à huit pouces » de large sur cinq de profondeur et dix à onze de hauteur ; à l'ou-

» verture de ces parois, il en sortit d'abord une sérosité trouble » dans laquelle nageaient des flocons albumineux, et bientôt il en » sortit un pus dont l'odeur était si infecte, qu'on ne pouvait rester » dans la salle. Le cœur, refoulé, rapetissé, comme atrophié, n'oc- » cupait qu'un très-faible espace dans la cavité du péricarde, et était » de moitié moins volumineux qu'à l'état ordinaire. La membrane » séreuse qui le couvrait était très-épaisse, tapissée d'une fausse mem- » brane purulente et friable; le péricarde lui-même, dans toute » son étendue, avait acquis une épaisseur très-considérable (environ » six lignes); les plèvres et les poumons étaient d'ailleurs sains. »

Les symptômes donnés comme certains pour diagnostiquer cette maladie, selon l'auteur, sont les suivants : fièvre plus ou moins vive, sécheresse de la peau; douleur vive, aiguë, lancinante dans la région précordiale; sentiment de chaleur brûlante dans le même point; impossibilité de redresser les côtes correspondantes à la poitrine et de s'y coucher dessus; contractions irrégulières ou faibles du cœur; anxiété très-considérable avec tiraillement des traits du visage; défaillance; une jactitation continuelle avec terreur et désespoir; pouls petit, fréquent, serré, inégal, irrégulier, intermittent et comme convulsif; dyspnée; sueurs froides par intervalles, et plus tard tous les phénomènes contraires à la circulation.

Nous nous faisons un vrai plaisir de rendre justice aux travaux de l'auteur qui nous occupe, par les observations que nous venons de parcourir et d'analyser rapidement : c'est à lui que l'on doit le plus bel ouvrage sur cette maladie. Les principes qu'il nous donne sont les moyens les plus sûrs de parvenir directement à diagnostiquer la péricardite. Son génie, enrichi par ses propres notes et par son talent descriptif, a mis entre nous et les auteurs anciens une grande différence : celle-ci est à notre avantage; car, si on veut jeter ses pensées en arrière, et parcourir Galien, Avicenne, Avenbrugger et tant d'autres, au moment où nous possédons l'ouvrage récent de M. Bouillaud, on verra quel pas immense nous avons fait vers la science, dans le 19me siècle, et nous pouvons penser que, dans le temps où des ouvrages semblables nous ont tellement enrichis, on ne dira pas que

la péricardite aiguë est encore peu connue ; nous n'hésiterons pas à dire que, depuis la connaissance de l'ouvrage cité, on peut prononcer hardiment le diagnostic dans la majorité des cas.

Nous terminerons ici notre description de la maladie qui nous a forcé à faire tout notre possible pour trouver un moyen certain de la diagnostiquer : après avoir parcouru tous les ouvrages que nous nous sommes procuré, et même tous les journaux médicaux ; après avoir analysé tous les exemples dignes d'être cités, nous tâcherons de grouper les symptômes en les partageant en locaux et en généraux, en écartant les symptômes douteux et établissant les plus véritables ; de décrire les produits morbifiques trouvés après le trépas, le travail de la nature pour la mort ou pour la guérison, le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique ; nous aurons l'honneur, pour finir cet ouvrage, de décrire deux observations sur la péricardite aiguë, recueillies pendant notre service et par nous-même à l'Hôtel-Dieu de Caen (Calvados).

SYMPTOMES LOCAUX.

Maintenant passons aux symptômes locaux et généraux, en commençant par les premiers : ces symptômes ne peuvent pas être fixés, car ils peuvent exister seuls ou avec des douleurs qui s'attachent aux autres maladies, et qui sont purement symptomatiques de ces dernières, comme de la pleurésie, de la pneumonie et de tant d'autres. Mais quand ils appartiennent à la péricardite simple, ce sont, par exemple, la douleur à la partie précordiale, s'étendant vers l'épigastre, continuelle ou changeante, diminuant ou augmentant de nouveau, avec prolongement dans la poitrine et au bras du côté gauche ; elle occupe même quelquefois la région sternale seule ou la partie du côté gauche de la poitrine : quant à la force de la douleur, elle est très-variable, ou légère, ou profonde et sourde, ou brûlante et semblable à du fer rouge posé sur la partie malade, ou à un tiraillement simple qui augmente pendant la toux, ou pressant en

forme de cercle qui comprime la partie cardiaque ; ou du vent fixé à la région du cœur ; ou intense, ou piquante et lancinante comme dans toutes les inflammations ; déchirante, perçante ; et enfin des douleurs qu'on ne peut point qualifier, augmentant dans quelques cas par la pression.

Si cette maladie est due au rhumatisme ou à la goutte, mais surtout à ce premier, quand il est inflammatoire et quand le déplacement de la douleur rhumatismale a eu lieu, la douleur peut être très-vive et rapide, ou précédée par des frissons ; mais, dans le plus grand nombre des cas, le commencement de cette affection ne peut pas être observé.

Voussure. — Nous pensons que la voussure ne peut être regardée comme le signe d'une péricardite aiguë proprement dite ; elle peut avoir lieu seulement dans les cas où il y a un épanchement, et comme l'épanchement est lui-même un produit de l'inflammation (mais il est passé, selon nous, à la classe des maladies nommées hydropiques), c'est pour cela que nous renverrons la voussure parmi les symptômes qui sont propres à l'hydropéricarde. Nous pensons même que la péricardite aiguë, formant de fausses membranes, ne peut pas faire des voussures ; il est vrai que nous avons trouvé, dans les notes, qu'on voyait la voussure dès le second jour ; mais on ne dit pas que c'était ou le second jour après l'entrée à l'hôpital, ou le deuxième jour après le diagnostic de la maladie, que l'on a reconnu la voussure ; aussi nous demandons qu'il nous soit permis d'en douter.

Percussion. — Comme la percussion est un moyen excellent pour découvrir et apprécier les maladies thoraciques, elle peut seulement servir par calcul, car la matité du son, dans la percussion, est due seulement à l'épanchement plus considérable de liquide dans le péricarde, et par conséquent elle est commune aux symptômes des hydropéricardes : de plus, le péricarde est couvert, dans sa plus grande étendue, par les poumons, et même, dans beaucoup de cas, il en est recouvert complètement ; il peut donc faire entendre plus ou moins de bruits sonores. En supposant, par exemple,

une fluxion des poumons dans cette partie, la matité sera complète, ou du moins elle y serait toujours, et même on pourrait remarquer une douleur à cette partie du poumon, mais elle ne sera seulement qu'inflammatoire : le son de la percussion sera mat, et pourtant la péricardite n'existera pas toujours ; souvent même elle ne se lira pas symptomatiquement.

Nous trouvons, dans les observations de M. Louis, qu'il y avait matité complète, et pourtant on combattait, par les moyens propres aux maladies inflammatoires des poumons, la matité qui, diminuant légèrement, disparut à la fin complètement : cela nous prouve ce que nous disions plus haut, que la matité ne peut être regardée, dans le plus grand nombre des cas, comme symptôme de ladite maladie.

Bruits anormaux. — Les bruits de cuir neuf, de râpe, de frottement, de soufflets, de froissement, n'ont pas encore assez d'observations en leur faveur. Les bruits de cuir neuf ne peuvent pas se faire entendre dans la plus grande partie des cas; car l'inflammation produisant une fluxion, ne permettra point le frottement de la membrane séreuse sur le cœur ; il faudrait pour cela que le liquide contenu dans le péricarde fût absorbé complètement, et que la membrane séreuse fût sèche et frottât sur les parois du cœur ; ou, du moins, on pourrait le présumer dans le cas où il y a une pleurésie du côté du poumon gauche sur la partie cardiaque; et comme l'inflammation, dans la première période, produit une sécheresse, le frottement de la plèvre pourrait tromper le diagnostic.

M. le docteur Sander proposa un moyen pour reconnaître les adhérences du péricarde au cœur, par la tension d'un mouvement perpétuel qui se fait entendre plus bas que le mouvement du cœur. M. Sander dit que, pendant la contraction simultanée des ventricules, la pointe du cœur s'élève en avant vers la cinquième côte, entraînant en haut la partie inférieure du péricarde avec le diaphragme et tout ce qui est adhérent, dessine en même temps un enfoncement sous les côtes de la région supérieure de l'abdomen ; un moment après, le ventricule se relâche, se dilate pour recevoir le sang ; la pointe du cœur s'abaisse, et, n'étant pas dans un espace libre, elle communique

au péricarde adhérant au diaphragme et aux autres parties, le choc qui est sensible à l'extérieur, par une petite élévation qui se désigne dans le même endroit où peu auparavant s'était formée la concavité, et qui s'étend un peu plus bas. Nécessairement l'enfoncement doit précéder le choc, puisque la contraction des oreillettes est le commencement de l'action du cœur : c'est un moyen sûr pour reconnaître les adhérences du cœur au péricarde et aux autres parties du corps.

SYMPTOMES GÉNÉRAUX.

Le pouls, dans cette maladie, est très-variable, irrégulier, intermittent, petit, concentré, à peine sensible, ou dur, plein, vibrant; les pulsations sont variables, depuis 60 jusqu'à 150; cette différence se voit, chez les malades, dans un très-court espace de temps; et peu durables, mais variant, comme fort et petit, vif et lent; il arrive même qu'il est irrégulier au commencement et régulier à la fin. Chez d'autres, l'irrégularité vient à la fin de la vie : ou les battements du cœur sont réguliers, tandis que le pouls est irrégulier; ou les battements du cœur sont forts, et le pouls à peine sensible; enfin, on aperçoit des variétés sans nombre.

Palpitations. — Nous regarderons comme symptômes certains, surtout le changement des battements du cœur, qui varient selon le pouls qui peut être en contraste avec les pulsations, et enfin ces mêmes battements dans leur force.

Bruits respiratoires. — Nous trouvons, dans peu d'ouvrages seulement, des cas de péricardite simple : c'est pour cela que nous pensons qu'on peut reconnaître la matité seulement; et quant au bruit respiratoire du côté droit, souvent plus fort, cela peut être dans le cas où le poumon gauche attaqué ne fonctionnerait pas suffisamment, le poumon droit devant fonctionner avec plus de force, absorberait plus d'air.

Respiration. — Selon nous, elle pourrait être un moyen plus sûr et aussi utile que la percussion, car elle peut servir dans plusieurs cas;

mais elle peut être aussi le symptôme des obstacles à la circulation. Pourtant nous l'avons observée, et nous la nommerons symptôme, surtout quand il y a une longue expiration et une inspiration très-courte.

Dyspnée. — Elle n'est tantôt qu'une simple oppression, tantôt elle est poussée à l'orthopnée, et même, en beaucoup de cas, jusqu'à la suffocation : on peut la voir, du premier moment de la maladie, souvent intermittente; mais, le plus fréquemment, elle accompagne la maladie dès le début jusqu'à la fin.

Toux. — Elle se rencontre assez souvent : comme elle existe toujours dans presque toutes les maladies thoraciques, elle ne peut pas constituer un symptôme proprement dit; mais si le malade crache beaucoup, et que les crachats ne soulagent pas même momentanément, on peut la regarder comme le symptôme de cette maladie.

Syncopes. — Elles ne sont pas aussi fréquentes : il y a des cas dans lesquels elles ne surviennent qu'à la fin, ou un jour seulement avant la terminaison : c'est pour cela que nous les séparons de ces symptômes.

Anxiété et crainte de la mort. — Présages d'un mauvais avenir, ce sont des symptômes caractéristiques de la maladie en description.

Face. — L'altération du *facies* y est pour beaucoup, et presque tous les auteurs l'ont notée : nous l'avons observée nous-même dans les exemples cités plus bas, et nous avons attaché à ce symptôme une grande importance, car, dans la grande majorité des cas, la face est grippée, altérée ou animée par le délire.

Décubitus. — Quant à celui-ci, il ne peut être remarqué ni décrit véritablement; car le malade, en proie à des douleurs souvent extrêmes, avec angoisse et anxiété, se jette et se tord en divers sens. Les pommettes sont quelquefois rouges; le malade change de position, et même il en est qui, ne pouvant rester couchés, sont obligés de se tenir assis ou très-peu inclinés, enfin de se pencher de quelque côté, et le plus souvent sur le gauche.

Œdème. — Les jambes et les articulations partielles du corps sont quelquefois œdématiées, la face bouffie, les lèvres plombées; mais

comme il appartient aussi aux autres maladies du cœur, nous l'écarterons des symptômes de la péricardite.

Nous dirons pour conclusion qu'on ne peut pas trouver des symptômes constants et fixes pour cette maladie; mais liant ensemble ou en partie tous ces symptômes, on pourra diagnostiquer, et même souvent très-véritablement, l'inflammation du péricarde. Nous pensons que M. Louis, dans la revue médicale du mois de Mars 1830, n'a pas trop avancé en disant qu'à présent on ne devine plus, mais que l'on diagnostique la péricardite aiguë : quant à nous, nous pensons aussi qu'on peut la diagnostiquer dans la majeure partie des cas.

CAUSES.

Parmi les causes qui produisent cette maladie, nous citerons toutes celles qui font naître une inflammation dans l'économie animale : comme le tempérament sanguin, le temps froid et humide, le passage rapide du chaud au froid, les aliments trop succulents, l'habitude des boissons alcooliques et à trop fortes doses, des coups et des chutes sur la région précordiale, des exercices immodérés, des marches forcées, la suppression de la transpiration, l'usage des boissons glacées dans un moment de fatigue, la suppression des menstrues, la rétrocession d'exanthèmes; mais nous pensons que le plus souvent ses causes sont le rhumatisme articulaire aigu ou la goutte déplacée.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de cette maladie était très-difficile; et, jusqu'à nos jours encore, on ne pouvait pas dire que les symptômes fussent certains. Dans beaucoup de cas, on commettait des erreurs en la supposant où elle n'existait pas, ou tout au contraire, comme, par exemple : un homme qui se disait tout-à-fait bien portant, ou du moins n'ayant jamais éprouvé de mal, meurt en buvant des liqueurs alcooliques; après sa mort, on a trouvé le péricarde épaissi,

et l'épanchement de liquide plus qu'ordinaire, l'épaississement de la membrane arachnoïde, et des fausses membranes dans la plèvre. Il y a donc des cas où l'on pourrait supposer une arachnitis ou méningite par les symptômes nerveux, tandis que la mort démontre que c'est une péricardite.

PRONOSTIC.

Il est le plus souvent bien fâcheux; car, pour le premier, l'organe affecté est d'une haute importance dans la vie d'un homme, et encore souvent reconnu au moment dans lequel ni la nature ni l'art ne sont pas en état de remédier au mal; et si la maladie aiguë est arrêtée dans sa marche, elle passe à l'état des maladies chroniques.

TRAITEMENT.

Le traitement, dans toutes les maladies inflammatoires, est le même que dans la péricardite aiguë (antiphlogistique), c'est-à-dire *venæsectiones*, mais larges et fortes. M. Broussonnet père partage un homme en deux parties, par le diaphragme, c'est-à-dire supérieure et inférieure, en disant : règle générale, toutes les maladies inflammatoires qui siégent au-dessus du diaphragme doivent être traitées par des saignées larges et copieuses; mais, au contraire, dans les inflammations sous-diaphragmatiques, c'est tout-à-fait l'opposé ; dans ces dernières, les saignées doivent être toujours petites et mesurées. *Ce sont les expériences médicales de la longue pratique du célèbre médecin.* Sangsues en grande quantité et répétées selon les circonstances, ventouses, pédiluves sinapisés, vésicatoires, sétons, boissons rafraîchissantes, diète sévère, repos stricte, moxa, frictions de mercure double à grandes doses, surtout si la maladie est due au rhumatisme ou à la goutte; tartre stibié à haute dose : le calomel, selon les Anglais, doit aussi être donné à hautes doses.

État anatomique et pathologique après la mort ou dans le retour à la santé, après la péricardite aiguë.

D'après le relevé fait par tous les auteurs connus, et après les recherches analytiques que nous avons établies, il résulte que l'inflammation de cette membrane produit en plus grande quantité des épanchements plus considérables de liquides, chose qu'on peut bien expliquer par la force même de l'inflammation, laquelle au commencement retient les fonctions des membranes attaquées; mais après ou à la fin de la première période, les fonctions se rétablissent, et il y a encore une augmentation de la force physique dans la membrane en question. Par conséquent, le péricarde, comme membrane séreuse, doit, après la première période, produire une plus grande quantité de liquides; et comme déjà malade par lui-même, ne pouvant pas d'ailleurs revenir à son état naturel, ses vaisseaux absorbants n'ont pas la force d'absorber le liquide contenu surabondamment, lequel peut ou rester de la même nature, ou se vicier en prenant toutes les formes. Les fausses membranes sont souvent mêlées à la surabondance de liquide; mais elles peuvent exister simplement et même sans liquide, comme nous l'avons vu dans les cas cités par les auteurs. Commençons par les premières : le plus ordinairement elles sont ou sur la face externe du cœur et sur la face interne du péricarde, ou simplement sur ce dernier; elles présentent des formes très-variées, comme des bandelettes fines, minces et longues, de manière à unir les parties du cœur au péricarde, ou seulement les oreillettes, et cela selon la force de l'inflammation. D'après son long travail, la fausse membrane est quelquefois mince et parsemée de granulations; mais le plus souvent elle est épaisse et inégale, mamelonnée, en deux parties, l'une se rendant sur le cœur, et l'autre tapissant le péricarde : on trouve assez souvent des membranes qui se forment entre les deux fausses nommées plus haut, et les réunissent ensemble; on a vu des fausses membranes, comme nous l'avons remarqué nous-même dans un cas que nous signalerons plus bas,

qui les traversaient en tous sens, étant assez longues pour ne point gêner les mouvements du cœur.

M. Louis suppose que si, dans quelques cas, il y a des fausses membranes sur le cœur seulement, ou sur une de ses parties, elles ne sont probablement pas suivies d'adhérences. Quand la maladie a une terminaison heureuse, elles fournissent peut-être une explication assez plausible de ces plaques blanchâtres qu'on observe si souvent à la surface du cœur et qu'on en détache quelquefois très-aisément sans toucher à la membrane séreuse qui est au-dessous. Par cette supposition, la péricardite partielle serait bien plus fréquente qu'on ne pense. Ce que nous avons dit jusqu'ici ne serait juste que pour des péricardites plus ou moins générales, ou plus ou moins aiguës : c'est peut-être pour cela qu'on a pris l'épaisseur du péricarde, en disant qu'elle est souvent de plusieurs lignes.

Les ossifications ne sont pas non plus très-rares. Les ouvrages de plusieurs auteurs et les Archives médicales fournissent des exemples assez fréquents d'ossifications de diverses formes et de diverses grandeurs; leur épaisseur varie selon le temps de leur développement; on les a trouvées jusqu'à un pouce et demi de longueur avec demi-pouce de largeur. On trouve aussi des parties presque cartilagineuses, jusqu'aux végétations syphilitiques. Il est des exemples dans lesquels le liquide péricardial manquant, le malade a pourtant survécu à la maladie. Après sa mort, qui survint par une autre cause, on trouva la membrane péricardiale tout-à-fait adhérente au cœur. Il est des cas où, après la mort par la péricardite aiguë, on ne trouve point de liquides; la poche précordiale est complètement sèche; seulement les fausses membranes compriment le péricarde et l'attachent au cœur.

OBSERVATIONS.

Une femme âgée de 45 ans, faible et chétive, d'une constitution bilieuse, entra à l'Hôtel-Dieu, le 17 Novembre 1836, à Caen (Cal-

vados), avec des douleurs dans la partie précordiale, mais très-légères ; on aperçoit sans toucher les battements du cœur, l'hypertrophie du côté gauche ; le pouls est de 75 à 85 ; on sent, en passant la main sur la région douloureuse, une espèce de froissement ; la percussion donne quelquefois à entendre le bruit de soufflets et les froissements du cuir neuf ; face pâle, jaunâtre, bouffie ; lèvres plombées ; les articulations tarsienne et carpienne sont œdématiées ; point d'appétit ; pressentiment de la mort, et autres symptômes de l'hypertrophie du cœur. *Prescription :* saignée de six onces, et dix sangsues sur la région précordiale ; boissons adoucissantes ; diète.

Le 19, même état. *Prescription :* teinture de digitale seize gouttes dans une potion gommeuse.

Le 20, même état. Même prescription jusqu'au 25 ; seulement on augmente la dose de digitale.

Le 26, augmentation des symptômes, dyspnée, pouls variable et irrégulier, de 85 à 115.

Le 27, même état : vésicatoire, digitale augmentée de vingt-quatre gouttes par jour ; le même état jusqu'au 29, et ce jour il se manifesta une palpitation très-forte.

Le 30, augmentation de force des symptômes, orthopnée, pouls très-petit et très-irrégulier.

1er Décembre, orthopnée forte, palpitations très-irrégulières et très-fortes, syncope.

2 Décembre, même état, mais quatre syncopes au même jour ; le soir, suffocation, et la malade périt à quatre heures du matin.

Autopsie dans les 29 heures.

Le cœur est hypertrophié du côté gauche ; la valvule auriculo-ventriculaire gauche (mitrale) dure, cartilagineuse et comme ossifiée ; le ventricule épaissi en dedans et très-petit ; le liquide du péricarde a disparu : la poche était presque sèche ; des fausses mem-

branes liaient le cœur avec le péricarde en forme de bandelettes : le reste n'avait rien de remarquable.

Deuxième observation. — Un homme âgé de 27 ans, d'une constitution forte et sanguine, jouissant d'une bonne santé pendant toute sa vie, mais adonné aux boissons spiritueuses, entra au même hôpital, le 3 Décembre de la même année, avec une douleur très-forte du genou droit, laquelle présentait tous les symptômes d'un rhumatisme articulaire des plus intenses, causé par le mauvais temps que le malade, animé par la boisson, endura toute une nuit endormi sur une route sans abri : le pouls est dur, de 70 à 80. Saignée de huit onces, et double locale par les sangsues posées par douze chaque fois qui procurèrent une amélioration peu sensible, mais les douleurs brûlantes ne diminuèrent pas.

Le 6 Décembre, saignée du bras de seize onces, diète, frictions d'huile volatile; après la seconde saignée, développement fort du pouls.

Le 7, le malade, bien couvert, sua, et sortit ses parties de dessous la couverture : ce moyen le soulagea, comme lui-même le dit après, car les douleurs disparurent comme par enchantement, et il demanda des aliments.

Le 8, l'inflammation resta stationnaire et sans aucune douleur jusqu'au 11 : la nuit du 11 au 12, la douleur forte se fit sentir à la région précordiale. Quoique la percussion ne démontrât rien de singulier, on craignait la métastase entre les membranes séreuses : on lui fit une saignée d'une livre ; pédiluves sinapisés, diète absolue; pouls plein, fébrile, dur, de 80 à 90.

Le 13, même état, même prescription. Deux sinapismes le soir.

Le 14, respiration plus difficile : 20 sangsues à la région du cœur, vésicatoire sur le genou malade; la percussion ne fait rien entendre de particulier.

Le 15, la respiration est plus difficile et même laborieuse : saignée de six onces; pouls de 120 à 150.

Le 16, la respiration est tout-à-fait forcée par le malade, qui accuse une sorte d'étouffement, et c'est la première fois que la percussion fait entendre un son mat; pouls de 120 à 150.

Le 17, la respiration est la même, le pouls irrégulier : saignée de six onces, manuluves irritants, percussion mate, rire sardonique dans la nuit, hoquets continuels jusqu'aux derniers moments du malade, qui mourut à 11 heures du soir.

Ouverture 10 heures après la mort.

On trouve le péricarde flasque et parsemé de taches rouges; liquide en bien grande quantité, trois fois plus abondant que dans l'état ordinaire, semblable aux lavures de chair; le bord du côté droit, presque complètement adhérent au ventricule droit, est épaissi ; le diaphragme de la face thoracique plus rouge que dans l'état normal. Le reste du corps ne fut pas ouvert.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Caractères des malvacées ; indiquer les principales espèces employées en médecine et leurs propriétés.

La famille des malvacées se compose de plantes herbacées, arbustes et arbres alternes, lobés, avec deux stipules à leur base ; fleurs solitaires ou groupées en différentes masses. Le calice est le plus souvent accompagné d'un calicule composé de petites folioles qui varient en nombre ; toujours monocépale, il a trois ou cinq divisions ; la corolle a cinq pétales alternées avec le lobe du calice, et liées spécialement avant leur développement, de manière que la corolle est comme d'une seule pièce ; les étamines sont toujours très-nombreuses. Les filets, réunis et monodelphes, sont toujours réniformes et uniloculaires. Les pistils sont plus ou moins soudés ou réunis entre eux. Les stylets sont distincts et soudés de la même manière. Les fruits sont tantôt réunis circulairement autour d'un axe matériel, et tantôt groupés en tête, ouvrant autant de valves qu'il y a de loges monospermes ou polyspermes. Les graines sont assez souvent couvertes de poils, cotonneuses, ont un embryon le plus souvent sans endosperme et avec le cotylédon foliacé.

Cette famille contient des plantes émollientes et adoucissantes qui sont en usage dans la médecine. Les plus utiles parmi elles sont les mauves et la guimauve, le coton et le cacao.....

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Des changements qui ont lieu dans les os maxillaires pendant la première et la deuxième dentition.

Les deux os maxillaires supérieur et inférieur composant, chez l'homme, le squelette de la face, sont, avant la première dentition, formés d'une substance spongieuse; leurs bords dentaires sont unis et arrondis à peu près comme le bord mentonnier ou sous-hyoïdien du maxillaire inférieur; bientôt, à une époque qui varie chez les différents sujets, huit mois à deux ans et quelquefois plus après la naissance, la compacité des os avançant toujours, les bords alvéolaires, par un travail que subit la pulpe ou le noyau de chaque dent future, commencent à offrir de petites bosselures répondant à autant d'alvéoles qu'il y aura de dents avant la seconde dentition : c'est ce que l'on nomme *procès alvéolaire.* Les branches montantes du maxillaire inférieur, alors fortement abaissées, se redressent avec l'âge, et forment avec le corps de l'os un angle très-obtus qui devient droit à mesure que le sujet s'accroît, tandis que les apophyses ptérygoïdes du maxillaire supérieur se déjettent de plus en plus en arrière. Mais comme les dents de la seconde dentition seront plus nombreuses et plus grosses, les arcs alvéolaires s'allongent et par cela même s'éloignent, aussi bien que les trous mentonniers et sous-orbitaires, de la ligne médiane.

Les os incisifs se soudent et se confondent intimement avec les os maxillaires supérieurs; dans la vieillesse, les bords alvéolaires, après la chute partielle ou complète des dents, se rapprochent; de cette manière, le procès alvéolaire, en s'effaçant, revient à l'état où il se trouvait avant la première dentition, excepté qu'il est plus solide, plus compacte, et que les branches montantes du maxillaire inférieur forment avec le corps de l'os un angle presque droit.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Des diverses méthodes d'exploration à l'aide desquelles on peut acquérir des notions sur la présence des calculs dans les voies urinaires; sur leur volume, leur forme et leur nombre.

Il est des symptômes pathologiques pour reconnaître les calculs dans la vessie; mais comme il n'y en a pas un seul qui nous fournisse de véritables moyens d'apprécier les calculs, et que tous ces moyens ne sont propres qu'au traitement interne, nous les laisserons de côté pour nous occuper simplement des moyens chirurgicaux. Quant à ces derniers, il en existe qui sont fondés : c'est-à-dire l'introduction d'une sonde métallique par l'urèthre et du doigt indicateur par l'anus.

Le premier, ou l'introduction de la sonde, est très-utile, car, après l'introduction, en manœuvrant, on parvient très-souvent à toucher le calcul (s'il ne se trouve pas dans une position qui lui défende de se mettre en contact avec la sonde); le bruit que l'on entend dans l'introduction, et le mouvement qui se fait sentir aux doigts qui tiennent la sonde, suffisent pour le diagnostic. Le son entre encore pour beaucoup dans les mouvements où il faut diagnostiquer leur volume, leur dureté et leur qualité de surface : le son aigu annonce la présence d'un calcul dur; et plus le son est clair, plus le calcul est dense, et *vice versâ*. Les mouvements du même cathéter sont aussi nécessaires pour diagnostiquer la surface : si le glissement de ce dernier est léger, sans bruissement, cela prouve que le calcul est lisse et égal; si, au contraire, il y a un recoulement ou une vibration qui se fait sentir comme si la sonde glissait sur des inégalités, on peut présumer que le calcul est rugueux et en

forme de coquille nommée ours de mer. Par la sonde , on peut aussi reconnaître quand il y en a plusieurs, mais sans cependant y compter. Nous pouvons ici citer la sonde à charnière de Leroy, par laquelle on peut plus facilement manœuvrer dans la vessie ; mais comme elle n'est pas encore en usage, nous ne dirons rien de positif à son égard.

Le second, ou l'introduction de l'indicateur, est aussi assez utile, car il rend de grands services pendant le diagnostic, et même souvent pendant l'opération. Les deux touchers réunis ensemble constituent le meilleur et le plus sûr moyen, car le doigt indicateur, introduit dans l'anus, reconnaît facilement le calcul, et peut aider, par ces manœuvres, à le toucher avec la sonde. Une fois que le calcul se trouve entre le doigt indicateur et la sonde, on ne peut pas se tromper sur le diagnostic de sa présence, de sa grandeur, de sa surface et de sa densité ; l'on reconnaît même s'il y en a plusieurs.

SCIENCES MÉDICALES.

De la nature de la suette.

La suette est une maladie *sui generis* dont la nature n'est pas encore véritablement connue. Les opinions étaient très-différentes à ce sujet. Du début de cette affreuse maladie (nous parlons de la suette anglaise, car nous parlerons plus tard de la suette de la Picardie) qui arriva l'an 1483, elle se renouvela à plusieurs reprises, et régna à peu près 71 ans : on ne l'attribua à aucune cause connue; mais comme une raison naturelle et réelle devait être trouvée, on commençait à s'approcher de la vérité en pensant que les nouveaux météores qu'on remarquait dans ce temps-là en étaient la cause. On ne tarda pas à présumer qu'elle était due au changement d'air, et que c'était une épidémie généralement répandue en Angleterre. On remarqua que les oiseaux mêmes n'étaient point à l'abri de cette maladie : on les voyait souvent tomber, et après leur mort on trouvait sous leurs ailes des engorgements semblables aux bubons pestilentiels. On peut présumer qu'un vice aérien et vénéneux régnait sur toute l'Angleterre et sur tous les Anglais, car les étrangers étaient hors de ces attaques : la présence du venin pouvait, selon nous, être présumée, car cette maladie était contagieuse, même par la moindre approche. Nous trouvons dans le grand dictionnaire, au 53me volume, qu'un malade étant entré dans le four d'un boulanger, après la sortie du pain, y sua abondamment et en sortit bien portant, mais que le pain qui se fit dans le même four devint très-vénéneux. Le fait se trouve, il est vrai, dans l'ouvrage : pourtant nous avouerons avec franchise que, selon nous, il ne peut pas être admissible; car il nous semble qu'il suffisait que le feu fût de non-

veau allumé dans ce four pour détruire totalement la force du venin.

La suette de Picardie semblait naître de la même cause, car elle était épidémique, et non contagieuse; malgré que le nom leur fût commun, ces maladies étaient très-différentes dans leur caractère et dans leur marche. La première, ou l'anglaise, avait pour résultats des sueurs abondantes; et si ces sueurs continuaient, la force du mal passait en six heures au plus : la convalescence commençait, continuant lentement avec des palpitations fortes et avec une faiblesse prolongée ; mais quand les sueurs s'arrêtaient ou n'étaient plus très-fortes, les personnes attaquées tombaient victimes de cette funeste maladie. La suette de Picardie était purement inflammatoire : si on tâchait de provoquer les sueurs, comme dans la suette anglaise, le malade périssait; au contraire, si on le saignait copieusement, le malade revenait ordinairement à la santé. La première avait une rapidité et une force extrême : le plus souvent le sujet mourait dans l'espace de trois heures; tandis que la seconde se prolongeait souvent jusqu'au trente-unième jour. Les moyens de traitement étaient tout-à-fait différents : dans l'anglaise, on employait les sudorifiques, les expectorants et les toniques très-légers; dans celle de Picardie, les antiphlogistiques généraux dès son début : du reste, on les variait selon les circonstances qui s'attachaient à ladite maladie.

En conséquence, la nature des maladies peut être la même, et les maladies différentielles.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET, Examinateur.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DELMAS.	*Accouchements.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH, Président.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
ESTOR, Suppléant.	*Opérations et Appareils.*
.....	*Pathologie externe.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
BERTIN, Examinateur.
BATIGNE.
BERTRAND, Examinateur.
DELMAS fils.
VAILHÉ.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY.

MM. JAUMES.
POUJOL, Suppléant.
TRINQUIER.
LESCELLIÈRE-LAFOSSE.
FRANC
JALAGUIER.
BORIES.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MATIÈRE DES EXAMENS.

1er Examen. *Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle, Pharmacologie.*

2e Examen. *Anatomie, Physiologie.*

3e Examen. *Pathologie interne et externe.*

4e Examen. *Thérapeutique, Hygiène, Matière médicale, Médecine légale.*

5e Examen. *Accouchements, Clinique interne et externe.* (Examen prat.)

6e et dernier Examen. *Présenter et soutenir une Thèse.*

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés; et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères, si j'y manque!

Décrire les deux espèces principales de Tænia qu'on peut trouver dans l'espèce humaine.

Caractères du Fœtus du deuxième au troisième mois.

De l'emploi de l'opium dans les hémorrhagies utérines.

Effets sur l'homme de l'alimentation exclusivement végétale.

143.
15.

QUESTIONS DE THÈSE

PRÉSENTÉES ET PUBLIQUEMENT SOUTENUES, A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 14 DÉCEMBRE 1838,

PAR

JACQUES JABLONSKI,

de JAMPOL. (POLOGNE).

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

MONTPELLIER,

CHEZ X. JULLIEN, IMPRIMEUR, PLACE MARCHÉ AUX FLEURS, N.° 2.

1838.